

Результаты. В исследование включено 87 человек, в группе с ВОАТ выделены 22 больных, без ВОАТ – 65 больных. Проведенный многофакторный анализ (метод логистической регрессии) показал, что единственными значимыми факторами риска возникновения высокой остаточной агрегации тромбоцитов являются наличие атеросклеротического поражения коронарного русла более 22 баллов по шкале SYNTAX ($p = 0,03$, ОШ – 3,692 [1,14–12,01]) и факт назначения омега-3 (р = 0,009, ОШ – 4,891 [1,49–16,04]).

Выводы. У пациентов с острым коронарным синдромом наиболее значимыми факторами риска развития высокой остаточной агрегации тромбоцитов являются тяжелый атеросклероз коронарных артерий и сопутствующее назначение омега-3. Вероятно, у данной категории больных для “гастропротекции” следует назначать другие препараты, а у пациентов с тяжелым атеросклерозом нужно применять более мощную схему дезагрегантной терапии.

Сравнительная оценка информативности шкал GRACE и TIMI для определения показаний к инвазивному лечению больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST и сопутствующей фибрилляции предсердий

Липченко А.А., Фокина Е.Г., Грчев В.Г., Дмитриев В.К.

ГБОУ ВПО “УГМУ” МЗ РФ

Медицинское объединение “Новая больница”, г. Екатеринбург

Введение. Для выбора стратегии лечения (первоначально консервативной или ранней инвазивной) больных с острым коронарным синдромом без подъема ST (ОКСбпST) используются шкалы GRACE и TIMI. Однако нет данных о возможности их применения при ОКСбпST в сочетании с фибрилляцией предсердий (ФП).

Цель исследования: оценить информативность шкал GRACE и TIMI для выбора начальной стратегии лечения пациентов с ОКСбпST на фоне ФП.

Материал и методы. Обследованы 58 больных (мужчин – 38, женщин – 20, возраст – $61,8 \pm 1,5$ года) с ОКСбпST, у которых при поступлении зарегистрирована ФП. ИМ был диагностирован у 24 больных, нестабильная стенокардия (НС) – у 34. Стратификация риска первоначально проводилась на фоне ФП в первые 6–12 ч после госпитализации и повторно после восстановления синусового ритма (СР) (54 больных) или урежения ЧСС до 80–90 в минуту (4 больных) на 1–3-и сутки. В эти же сроки всем больным выполнена коронарная ангиография (КАГ), на основании которой выделено две группы: со значимым стенозирующим поражением коронарного русла (КР) (1-я группа – 34 больных) и без значимого поражения КР (2-я группа – 24 больных).

Результаты и обсуждение. При оценке риска по шкале GRACE на фоне ФП количество баллов у больных 1-й группы составило $185,5 \pm 6,2$, 2-й группы – $153,3 \pm 6,3$, что в целом соответствовало высокому уровню риска у пациентов обеих групп. После восстановления СР/урежения ЧСС количество баллов у пациентов 1-й группы по-прежнему соответствовало высокому уровню риска – $153,1 \pm 5,2$, у пациентов 2-й группы количество баллов снизилось весьма значительно – до $93,4 \pm 4,4$, что является критерием низкого риска. Эти показатели были достоверно ниже аналогичных величин на фоне ФП.

При оценке риска по шкале TIMI на фоне ФП количество баллов составило у пациентов 1-й группы $4,1 \pm 0,16$, а у пациентов 2-й группы – $1,25 \pm 0,16$ ($p < 0,001$), т.е. в целом пациенты 1-й группы соответствовали критериям высокого риска, а 2-й – низкого.

При оценке риска после восстановления СР/урежения ЧСС общее количество баллов у пациентов 1-й группы составило $3,82 \pm 0,16$, у пациентов 2-й группы – $0,92 \pm 0,11$ ($p < 0,001$). Эти показатели достоверно не отличались от аналогичных величин, рассчитанных на фоне ФП.

Заключение. При использовании шкалы GRACE на фоне ФП расчетный уровень риска может быть “завышен” вследствие более высокой ЧСС и часто встречающейся депрессии сегмен-

та ST во время эпизода тахикардии. Точность оценки риска при использовании шкалы TIMI на фоне ФП не зависит от ритма и ЧСС. Шкала TIMI является информативной у таких больных и позволяет в ранние сроки осуществлять отбор пациентов с ОКСбпST в сочетании с ФП на КАГ и инвазивное лечение.

Одномоментное эндоваскулярное лечение приобретенных пороков и стенотического поражения коронарных артерий

Лихарев А.Ю.¹, Осиев А.Г.², Коков Л.С.^{3,4}

¹ ГБУЗ “ГКБ №12 ДЗ г.Москвы”

² Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения НИИ патологии кровообращения им. Е. Н. Мешалкина, Новосибирск

³ ГБУЗ “НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы”

⁴ ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”

Введение. Сочетание митрального стеноза со стенотическим поражением коронарных артерий встречается у 25% больных с митральным пороком. Постинфарктные дефекты межжелудочковой перегородки встречаются у 1–2% больных ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда. У выживших пациентов постинфарктный разрыв межжелудочковой перегородки приводит к быстрому прогрессированию сердечной недостаточности, обусловленной значительным сбросом крови слева направо на уровне желудочков сердца. Единственным методом лечения больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки до настоящего момента являлась хирургическая. В настоящее время все большее применение находит малоинвазивная тактика с применением окклюдеров для межжелудочковых дефектов Amplatzer.

Материал и методы. Мы выполнили успешную одномоментную коррекцию порока митрального клапана и стенотического поражения коронарных артерий у 4 пациенток и стентирование коронарных артерий с устранением постинфарктного дефекта межжелудочковой перегородки у 1 пациентки 68 лет. Во время проведения всех операций проводилась трансартериальная эхокардиография (ТТЭхоКГ), или при недостаточной визуализации – трансэзофагеальная эхокардиография (ТЭЭхоКГ) для контроля за проведением транссептальной пункции, положением окклюдера, оценки непосредственных результатов процедуры и своевременного выявления возможных осложнений (гемоперикард, разрыв створок митрального клапана). Во всех случаях коррекции митрального порока первым этапом выполнялось стентирование коронарных артерий и после него – транссептальная пункция и митральная вальвулопластика. В случае устранения дефекта межжелудочковой перегородки первым этапом также было выполнено стентирование коронарных артерий.

Результаты. Во всех случаях оперативное лечение было успешным, осложнений не было. В случае устранения дефекта межжелудочковой перегородки отмечен резидуальный шунт через диски окклюдера, который закрылся через 6 мес после коррекции.

Выводы. Одномоментная эндоваскулярная коррекция приобретенных пороков сердца и стентирование коронарных артерий являются эффективным и малотравматичным методом лечения. Обеспечение интраоперационной ТТЭхоКГ и ТЭЭхоКГ, опыт и слаженная работа операционной бригады позволяют предотвратить возможные осложнения и интраоперационно оценить эффективность коррекции пороков.

Клиническая эффективность стентирования коронарных артерий при остром инфаркте миокарда

Маджитов Х.Х., Алимов Д.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Астана, Республика Казахстан

Цель: изучить эффективность стентирования клинико-зависимой коронарной артерий у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. В настоящее исследование было включено 156 больных, поступивших с диагнозом “острый

инфаркт миокарда". Селективная коронарография и транслюминальная баллонная ангиопластика со стентированием коронарных артерий проводились в условиях рентгенооперационной при отделении ангиографии, оборудованной рентгеноангиографической установкой "Integris Allura FD 20" (фирма "Philips"). Мониторинг ЭКГ проводили на аппаратах "Datex-Ohmeda" (Финляндия) и "Philips" IntelliVue MP20 (Голландия).

Эхокардиография (ЭхоКГ) проводилась на аппарате "Siemens-Sonoline-Omnia", оборудованном электронными датчиками с частотой 4,0 МГц по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества в 1-е, 3-и и на 7-е сутки болезни. В В-режиме по формуле "площадь-длина" рассчитывали конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ (мл), конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ (мл), фракцию выброса (ФВ) ЛЖ (%).

Результаты исследований. Средний возраст больных составил 53,9 ± 9,3 года. Время от начала болей до поступления в клинику ("симптом-дверь") составило 3,2 ± 2,7 часа, время "симптом-баллон" – 4,8 ± 2,5 часа.

По результатам диагностической коронарографии у 58 больных (37,2%) наблюдалось поражение правой коронарной артерии и у 98 человек (62,8%) – передней межжелудочковой артерии. При этом у 128 (82%) больных тромбоз инфаркт-зависимой коронарной артерии сопровождался кровотоком TIMI 0, у 28 (18%) больных кровотоком сохранялся на уровне TIMI I. ТЛБАП с установкой стента проводилась "ad-hoc"-методом непосредственно после выполнения диагностической коронарографии. После предварительной реканализации и преддилатации всем 156 (100%) больным была проведена первичная коронарная ангиопластика со стентированием инфаркт-зависимой коронарной артерии. У всех больных был достигнут кровоток TIMI III, и остаточный стеноз менее 10%, что является ангиографическим критерием успешной процедуры.

ЭхоКГ-исследование поступивших больных выявило в среднем по группе нормальные параметры полостей ЛП и ПЖ, однако систолическая функция ЛЖ оказалась сниженной. Уже к 3-м суткам наблюдалось достоверное улучшение систолической функции ЛЖ – ФВ ЛЖ увеличилась с 48,87 до 51,64% ($p < 0,01$), а к 7-м суткам – до 54,72% ($p < 0,001$). КДО ЛЖ к 7-м суткам наблюдения уменьшился с 131,8 до 128,6 мл ($p < 0,05$). ИНРС достоверно снизился на 22,5% к 3-м суткам и на 24,6% к 7-м суткам наблюдения.

Таким образом, применение стентирования коронарных артерий у больных ОКС с подъемом ST способствовало достоверному улучшению сократительных свойств миокарда ЛЖ уже на ранних этапах наблюдения.

Выводы

1. ТЛБАП со стентированием инфаркт-зависимой коронарной артерии при остром инфаркте миокарда является эффективным методом патогенетического лечения.
2. Применение стентирования коронарных артерий у больных острым инфарктом миокарда способствует достоверному улучшению систолических свойств миокарда ЛЖ.
3. Экстренное восстановление адекватного коронарного кровоснабжения в миокарде при остром инфаркте миокарда приводит к быстрому восстановлению показателей регионарного сокращения ЛЖ вследствие уменьшения зон оглушенного миокарда.

Трансрадиальный доступ при лечении больных с ОИМ в скорпомощной больнице без отделения сосудистой хирургии – модная тенденция или клиническая необходимость?

Результаты работы ГКБ № 64 г. Москвы

Майсков В. В., Патлачук М. В., Мерай И. А., Буравлев М. Б., Мильто А. С., Кобалава Ж. Д., Моисеев В. С., Семитко С. П.

ГБУЗ "ГКБ № 64 ДЗ г. Москвы"

Постоянно совершенствуемые системы закрытия бедренного доступа полностью не оправдали ожиданий интервенционных кардиологов и не всегда гарантируют достижение стабильного

гемостаза. Необходимость применения современной агрессивной антикоагулянтной и трехкомпонентной антитромбоцитарной терапии, доказавшей свою эффективность в профилактике и лечении микроваскулярной дисфункции у больных с коронарным тромбозом, предъявляет новые требования к безопасности артериального доступа. Сложность катетеризации коронарных артерий особенно у лиц пожилого и старческого возраста и более отсроченное наступление миокардиальной реперфузии не позволяют рекомендовать трансрадиальный доступ в качестве рутинного при выполнении первичного ЧКВ, несмотря на более чем убедительные теоретические предпосылки преимуществ последнего.

Цель: изучить результаты ЧКВ трансрадиальным доступом при лечении больных острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. Проведен анализ непосредственных и госпитальных результатов рентгенэндоваскулярного лечения 368 больных ОИМ за период с октября 2012 по ноябрь 2013 года. Средний возраст больных – 63,2 ± 7,4 года. 149 больных (40%) госпитализировано с элевацией ST, из них в 26 случаях применяли догоспитальный тромболитис. Трансрадиальный доступ выполняли рутинно справа, при технической неудаче – слева. Катетерную аспирацию тромба выполняли 63 больным; в 123 случаях использовали прямой ингибитор тромбина (Ангиокс), в 18 – блокатор IIb/IIIa тромбоцитов (интегрилин). Интродьюсеры удаляли одномоментно после 2–3 мин мануального гемостаза, накладывали давящую повязку на 12–14 ч. УЗДС радиальной артерии выполняли перед выпиской.

Результаты. Непосредственный успех вмешательства, выполненных трансрадиальным доступом, составил 97,5%, из них конверсию на контралатеральную артерию выполняли у 3%. Продолжительность катетеризации радиальной артерии в среднем составила 3,5 мин, флюороскопии – 14,5 мин. Slow/no-reflow развилось у 5 больных (3,6%). Кровотечений, сосудистых осложнений в местах доступа не было. Продолжительность лечения в реанимации в среднем составил один койко-день, длительность госпитализации 7,2 койко-дня. Проходимость радиальной артерии сохранена у 100% больных. Госпитальная летальность – 2,5%.

Заключение. Сочетание трансрадиального доступа, катетерной аспирации тромба и агрессивной антитромбоцитарной и трехкомпонентной антикоагулянтной терапии позволяет эффективнее предотвращать развитие slow/no-reflow, избежать грозных сосудистых осложнений места доступа и сократить продолжительность госпитализации. Правильный выбор инструмента и ежедневная рутинная практика повышают технический успех и скорость выполнения трансрадиального доступа, что приводит к нивелированию преимуществ трансфеморального доступа у больных ОИМ.

Влияние выбора артериального доступа на непосредственные и госпитальные результаты рентгенэндоваскулярного лечения больных с ОИМ с элевацией ST

Майсков В. В., Семитко С. П., Патлачук М. В., Аналеев А. И., Губенко И. М., Зудин К. Н., Иванов А. В., Мерай И. А., Карпун Н. А., Гегенава Б. Б.

ГБУЗ "ГКБ №64 ДЗ г. Москвы"

ГБУЗ "ГКБ №81 ДЗ г. Москвы"

Кафедра рентген-эндоваскулярных методов диагностики и лечения ФУВ "РНИМУ им Н.И. Пирогова", г. Москва

Клиническая эффективность современной агрессивной антикоагулянтной и антитромбоцитарной терапии, доказавшей свою эффективность в профилактике и лечении микроваскулярной дисфункции у больных острым коронарным тромбозом, предъявляет новые требования к безопасности артериального доступа. Даже небольшие по объему, клинически незначимые гематомы места доступа достоверно ассоциируются с увеличением количества больших кардиоваскулярных событий в течение года. Постоянно совершенствуемые системы закрытия бедренного доступа не гарантируют достижение стабильного гемостаза. Теоретические предпосылки безопасности трансрадиального доступа позволяют рекомендовать